

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος Ιατρός
....., μέλος του Ι.Σ.Α., εξουσιοδοτώ
τ....., με αριθμ. Δελτίου Ταυτότητας
..... που εκδόθηκε από να
υποβάλλει την ετήσια δήλωση στον Ι.Σ.Α. για την ανανέωση της εγγραφής μου στον Ι.Σ.Α.

ΑΘΗΝΑ:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

.....

.....